SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 12 y 44 minutos)

-Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes:)

SEÑOR SECRETARIO.- El señor Edil Matías Santos, de la Junta Departamental de San José, envió una nota en la que se transcribe la versión taquigráfica de la sesión de dicho Cuerpo celebrada el día 21 de agosto de 2006, de las palabras pronunciadas por el Edil Aníbal Sellanes -a solicitud de éste- quien se refiere a la policlínica de Rafael Peraza y temas relacionados tendientes a mejorar su funcionamiento.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Mesa solicita a la Secretaría que se comunique a todos los miembros de la Comisión que el día 28 del corriente a la hora 9 y 30 está coordinada la visita del ingeniero Abel Packer, representante de la Organización Mundial de la Salud, por el tema "biblioteca virtual en salud".

Se pasa ahora a considerar el proyecto de ley "Derechos y obligaciones de los pacientes". Corresponde tratar el Título VI, Derechos de Privacidad, artículo 20 del proyecto original.

Según me acota la Secretaría, quedó pendiente la consideración del artículo 19 en razón de que íbamos a presentar una nueva redacción que, precisamente, tengo aquí. El primer inciso del artículo 19, decía: "Art. 19. Es de responsabilidad de los Centros de Asistencia de la Salud dotar de seguridad a las historias clínicas electrónicas y determinar las formas y procedimientos de administración y custodia de las claves de acceso y demás técnicas que se usen." Hasta aquí estábamos todos de acuerdo. El segundo inciso de este artículo continúa diciendo: "El Poder Ejecutivo podrá determinar criterios uniformes de las historias clínicas," -en la sesión pasada habíamos sustituido la palabra "obligatorias" por "clínicas" y aquí viene el agregado- "así como el contenido mínimo y la compatibilidad o posibilidad de conversión a determinado programa o plataforma de procesamiento de datos", continuando luego el texto tal como estaba, es decir, "para todos los Centros de Atención de la Salud."

SEÑOR CID.- Propongo, señor Presidente, que no lo votemos ahora, sino que se reparta el texto, porque hay que estudiarlo.

SEÑOR PRESIDENTE.- De acuerdo.

El tema es así: si uno habla de criterios uniformes, lo que puede llegar a pasar es que, en realidad, le estemos dando un monopolio a alguien para que haga un programa. Es sólo esto. Entonces, lo que se establece aquí es un criterio uniforme con contenidos mínimos obligatorios y la posibilidad de convertirse a un programa, pero cada uno puede desarrollar el suyo de acuerdo a su característica. Lo único que se contempla es que ese programa pueda ser transferido, que se pueda convertir a determinadas pautas uniformes que quiera el Ministerio. Eso es todo lo que dice esta historia, pero comparto la preocupación del señor Senador Cid.

SEÑORA PERCOVICH.- ¿Y el protocolo mínimo cuál sería?

SEÑOR PRESIDENTE.- Se habla de protocolo mínimo para permitir que cada uno haga lo que quiera y además no "casarlo" con un único programa porque, de lo contrario, lo que sucede es que, efectivamente, se "casan" con un único programa y todos están pendientes de él; en ese caso estaría toda la salud pública y privada del Uruguay con un solo programa y con un solo proveedor.

SEÑOR CID.- Esa es la razón por la que no entendí lo relativo al proveedor. Esto es un criterio para la normatización del contenido de la historia clínica, para determinar si, por ejemplo, el paciente tiene ictericia, si ha tenido dolor en la boca del estómago, etcétera. Queda claro que ese es el alcance y que no se refiere a los medios de prestación electrónicos. Pero, además, el determinar criterios para las

historias clínicas -me parece que ha estado bien haber agregado la palabra “clínicas”- es una facultad del Poder Ejecutivo y también lo es, en ese caso, disponer que sean obligatorias -puesto que así lo estableció el Ministerio de Salud Pública- para determinadas patologías que puedan ofrecer cierto interés epidemiológico o por el riesgo infecto-contagioso que presentan. Por lo tanto, se da a Salud Pública la facultad -hay que aclarar que ya la tiene- de establecer criterios uniformes, como pueden ser los epidemiológicos o estadísticos.

SEÑOR PRESIDENTE.- La verdad es que entendí de otra manera lo expresado por el señor Senador Cid; pero, de todas formas, creo que siempre es bueno contar con algo para poder confeccionar las estadísticas o hacer los estudios necesarios; me refiero a las pruebas estadísticas y a los estudios tipo uno y dos, que los médicos aquí presentes deben saber cómo funcionan. Para hacer estas pruebas estadísticas, siempre es bueno poder tomar los datos en forma directa sin tener que escribirlos nuevamente, si lo que se quiere es procesarlos. Reitero que, si bien había entendido otra cosa, lo que establece el inciso segundo del artículo 19 propuesto es que el Ministerio de Salud Pública va a exigir que los datos -en el caso de querer estudiar cualquier aspecto epidemiológico- sean pasados a determinado lenguaje o base de datos que permita operar de una cierta manera. No se establece la obligación de usar un cierto programa, pero sí se deja en claro que los datos deben poder convertirse a una determinada modalidad. Entonces, se toma la información entera, se evitan los errores de digitación y los estudios se hacen más rápidamente.

En fin, propongo a los señores Senadores que analicemos este punto con más detenimiento.

SEÑORA PERCOVICH.- En lo personal, creo que la temática relativa a las historias clínicas merece un capítulo específico. Si bien está dentro del contexto del derecho al conocimiento del estado de salud del usuario, teniendo en cuenta lo expresado por el señor Senador Cid, me parece que debería tener un tratamiento especial, sobre todo teniendo en cuenta los aspectos tecnológicos que surgen permanentemente. Esperemos que en algún momento esté todo informatizado y terminemos con las carpetas y los expedientes.

Por otro lado, me gustaría saber si hay algún artículo anterior que defina qué es la historia clínica, porque en este momento ya estamos considerando la historia clínica en un medio electrónico, pero nos faltaría conocer su definición. El último inciso establece algo que para mí es lo más importante, puesto que da la posibilidad al Poder Ejecutivo de determinar criterios uniformes. Entonces, la lógica sería establecer, primero, qué es una historia clínica y, luego, la posibilidad del Poder Ejecutivo de determinar criterios uniformes; es decir, un protocolo -por las razones que señalaba el señor Senador Cid- y luego definir la validez de la historia clínica en medios electrónicos y las características que se pueden agregar, tal como señalaba el señor Presidente en relación a los temas de seguridad y a no atarse a un solo programa y proveedor.

También hay que considerar lo que establece el artículo 19 original propuesto por el señor Senador Cid, relativo a la responsabilidad de los centros de ofrecer seguridad, etcétera. Creo que esta sería la lógica a seguir.

SEÑOR VAILLANT.- En el artículo 5º se define al paciente y se dice que tiene derecho al conocimiento de su situación de salud y naturalmente que la herramienta para acceder a ello es la historia clínica. Precisamente, todo el Capítulo, que comienza a partir del artículo 18 -que es el 17 del proyecto original- refiere a la historia clínica y la define. Si mal no recuerdo, no los aprobamos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Así es, señor Senador.

SEÑOR VAILLANT.- Sobre el artículo 19 al que ahora hacemos referencia, el Ministerio de Salud Pública ha enviado una redacción que le introduce modificaciones. Es decir, hay dos redacciones: una planteada por el señor Senador Cid y otra enviada por el Ministerio de Salud Pública, que en el comparativo figura en la página anterior. Por lo tanto, en el artículo 19 se hace referencia concretamente a la historia clínica electrónica, que se reconoce como válida. Por su parte, advierto que lo que planteaba el señor Senador Cid en su texto ha sido redactado distinto en el que viene del Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR PRESIDENTE.- El artículo 19 es el 20 nuevo, sobre el cual no hay una redacción distinta. Mientras tanto, el que habla de la historia clínica es el artículo 17 original -que ahora es el 18- en cuyo

literal d), se dice: “A que se lleve un registro escrito o electrónico (historia clínica) completo donde figure la evolución de su estado de salud desde el nacimiento hasta la muerte”.

SEÑOR ANTÍA.- Ese es el texto original.

SEÑOR PRESIDENTE.- Es casi igual; la diferencia radica en que tiene un agregado en los dos incisos siguientes: un cambio en el que viene a continuación y un agregado que fue aprobado por la Comisión.

(Dialogados)

-El artículo 18 de la redacción original y el 19 son exactamente iguales. El artículo 19 original y el 20 no tienen cambios, como figura en el comparativo. Insisto en que ahí está definida la historia clínica.

(Dialogados)

-Creo que la inquietud de la señora Senadora Percovich -que, por otra parte, es bien válida- está claramente contemplada y ampliada en el artículo 18 de la redacción que estamos aprobando, que es el 17 original.

SEÑORA PERCOVICH.- Me hubiera gustado que la parte de puntualizaciones sobre la facultad del Ministerio de establecer un marco claro, general y uniforme de la historia clínica, así como también sobre los temas electrónicos, estuviera todo junto. Me refiero a que quedara claro, no solamente lo relativo a los derechos de los pacientes a la consulta y toda la descripción que después se hace de la historia clínica, sino también el otro tema, por una cuestión de ordenamiento.

SEÑOR PRESIDENTE.- De todas maneras han quedado dos o tres cosas pendientes. Cuando terminemos -esperamos hacerlo hoy- entonces, podemos hacer una revisión general y seguramente ahí podremos ver algunos cambios y compatibilizarlos una vez que hagamos la unión correspondiente.

SEÑOR ANTIA.- Quisiera saber si hay uniformidad en las historias clínicas o si cada Institución lleva la suya con sus criterios.

SEÑOR CID.- Cada profesional y cada institución puede tener criterios totalmente diferentes en la confección de la historia clínica. ¿Qué pasa? Sucede -y por eso este artículo es importante- que el Ministerio de Salud Pública está estableciendo criterios terapéuticos estandarizados, de manera que en determinadas patologías todas las instituciones hagan lo mismo. Eso tiene que tener un correlato con la historia clínica para poder sacar conclusiones sobre determinados criterios de diagnósticos terapéuticos, que permitan avanzar con un criterio estadístico. La tragedia de este país es que no se sabe qué es lo que pasa con los enfermos -estadísticamente hablando- porque mientras que a un médico le gusta usar penicilina, otro prefiere la ampicilina, a dosis totalmente diferentes, entonces, cada cuál hace lo que quiere. Por esa razón, esta facultad de Salud Pública es importante.

SEÑOR ANTIA.- Es fundamental que quede expresamente establecido que haya un “mínimo necesario” -de acuerdo a la aclaración que el señor Senador planteaba- porque, de ese modo, hay un común denominador de todas las instituciones que permite cruzar información o guardar la información para el futuro de tal manera que el día que el Ministerio lo desee, pueda sacar conclusiones. Mientras no se obligue, cada cual va a seguir con su librito. Por lo tanto, me parece que es importante incluir en alguno de estos artículos -no sé en cuál de ellos- el planteo que realizó el señor Senador.

SEÑOR CID.- Eso ya está incluido.

SEÑOR ANTIA.- Yo no lo veo muy claro.

SEÑOR PRESIDENTE.- El texto establece que el Poder Ejecutivo podrá determinar criterios uniformes de las historias clínicas obligatorias, así como el contenido mínimo de estas y agrega otra parte.

SEÑOR ANTIA.- Yo diría "mínimo necesario".

SEÑOR PRESIDENTE.- En ningún caso creo en la reglamentación total. Pienso que debe haber un estándar mínimo y después de eso que cada uno se maneje. No podemos pensar que Salud Pública o el burócrata de turno que le corresponda hacer la cartilla sea el iluminado. Los demás también pueden hacer cosas mejores. Me parece que "mínimo" sería razonable.

SEÑOR VAILLANT.- Tal vez el texto del inciso segundo del artículo 19 originalmente presentado por el señor Senador Cid, lleve a confusión por cómo está redactado. Dice así: "El Poder Ejecutivo podrá determinar criterios uniformes de las historias obligatorias", aunque en realidad, lo que quiere señalar es que "El Poder Ejecutivo podrá determinar criterios uniformes obligatorios de las historias clínicas". En este artículo estamos previendo que el Poder Ejecutivo pueda determinar criterios uniformes que son obligatorios para todas las historias clínicas. De esta manera, quedaría absolutamente claro que lo que estamos definiendo son los criterios uniformes obligatorios -podemos agregar "mínimos"- para las historias clínicas. Repito, en realidad, lo que no queda claro en esta redacción es cuando dice: "El Poder Ejecutivo podrá determinar criterios uniformes de las historias obligatorias". Con este texto parecería que podría haber historias que no son obligatorias, pero en realidad lo obligatorio son los criterios mínimos o los criterios uniformes que va a determinar el Poder Ejecutivo. Dicho de otro modo, si éste los determina, los hace obligatorios. Entonces, se trata de lo mínimo obligatorio que tiene que tener la historia clínica.

SEÑOR ANTIA.- Me parece correcto el planteo que hace el señor Senador Vaillant porque, además, se le daría a las instituciones la libertad de que si quieren incluir más elementos lo puedan hacer, no las estaríamos coartando. Pienso que ese sería un camino que llevaría a la innovación y a la posibilidad de agregar otras cosas. De todos modos, el mínimo tiene que estar establecido, por eso considero que con el planteo del señor Senador Vaillant quedaría bien claro.

SEÑOR VAILLANT.- Me gustaría saber si el señor Senador Cid, autor del proyecto de ley, está de acuerdo con esta propuesta y si le parece que así quedaría contenido el espíritu del segundo inciso.

SEÑOR CID.- En mi opinión, al agregar el criterio de mínimo se estarían limitando las facultades de Salud Pública. Insisto en el mismo criterio: tal como está redactado actualmente, el Poder Ejecutivo puede establecer el criterio máximo o el mínimo, pero el que puede hacer lo más, puede hacer lo menos. El Poder Ejecutivo, así como establece determinadas pautas para confeccionar la historia clínica, la puede limitar en su alcance.

SEÑOR VAILLANT.- Creo que hay dos elementos. Olvidemos por un instante la idea de lo mínimo y lo máximo y pensemos exclusivamente en un tema de redacción, para poder entender mejor el inciso. El texto actual dice: "El Poder Ejecutivo podrá determinar criterios uniformes de las historias obligatorias …". Pienso que lo que quiere decir es que el Poder Ejecutivo podrá determinar criterios uniformes obligatorios, o sea, criterios que obligan a las instituciones en relación a las historias clínicas. Aquí tendríamos un problema de redacción y observo que hasta allí coincidimos.

Después, los criterios podrán ser mínimos o máximos. Si los criterios son máximos, quiere decir que por encima de ello las instituciones no pueden hacer otra cosa, pero por debajo sí. Por el contrario, si los criterios son mínimos, quiere decir que las instituciones podrán sumar otras obligaciones por encima de lo establecido, pero por debajo no.

SEÑORA XAVIER.- Además, se garantiza la exigibilidad.

SEÑOR PRESIDENTE.- No debemos olvidar que el mínimo y el máximo es una discreción, se pone el límite acá o allá y se va subiendo la barrera.

SEÑOR CID.- Sí, por ejemplo, el mínimo mío, puede ser el máximo de otro.

SEÑOR PRESIDENTE.- Exactamente.

Léase tal como quedó redactado el inciso.

(Se lee:)

"El Poder Ejecutivo podrá determinar criterios uniformes obligatorios mínimos de las historias clínicas para todos los centros de atención de la salud".

- La Mesa aclara que después le vamos a agregar la otra parte.

Corresponde pasar al Título VI de los derechos de privacidad.

Léase el artículo 20

(Se lee:)

"Art. 20. - Todo paciente tiene derecho a la privacidad y confidencialidad de todo lo relacionado con su estado de salud. Solo por disposición legal expresa u orden judicial fundada se podrá relevar a las autoridades de las instituciones de asistencia y a los profesionales, la que no cesa porque el paciente deje de ser atendido en el mismo o eventualmente falleciera. (Art. 302 del Código Penal)."

- En consideración.

SEÑOR CID.- Quiero decir que este texto no es de mi autoría, sino que fue surgiendo en la anterior Legislatura en base a los aportes recibidos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Este artículo, en cierta medida, repite el concepto de otros que ya habíamos tratado. En los otros artículos siempre había una salida, que era, podría decirse, algo así como una emergencia pública, por ejemplo, una epidemia o algo similar, tema que aquí no está contemplado expresamente. En verdad, no sé si hay que incluirlo o no, pues a esta altura estoy un poco confundido. De manera que por esta disposición se expresa que todo paciente tiene derecho a la privacidad y confidencialidad de todo lo relacionado con su estado de salud. Luego dice: "Sólo por disposición legal expresa u orden judicial fundada" y continúa la redacción, a diferencia de lo que expresaba la otra norma que agregaba lo relativo a la emergencia sanitaria.

SEÑOR CID.- Creo que la redacción de este artículo es oscura, razón por la cual habría que hacerla más explícita. En realidad, esta norma refiere a la historia clínica y no al gesto asistencial. Por eso es que en este artículo 20 se habla de la privacidad y confidencialidad y se establece que sólo en caso de que exista orden judicial se puede relevar esa responsabilidad. En definitiva, me parece que lo que le falta a esta disposición es una mención específica a la historia clínica.

SEÑOR ANTIA.- Entonces, habría que modificar el nombre del Título.

SEÑOR PRESIDENTE.- En función de lo expresado por el señor Senador, el artículo podría decir: "Todo paciente tiene sobre su historia clínica" y continuaría tal como está. De esta manera, no quedaría nada oscuro.

SEÑOR CID.- Personalmente, le cambiaría la palabra "Todo" por "El".

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, el artículo diría: "El paciente tiene sobre su historia clínica derecho a" y luego continuaría tal como está redactado.

SEÑORA PERCOVICH.- Me recordaba la señora Senadora Xavier que en algún momento habíamos pensado en agregar alguna mención relacionada con los niños y adolescentes. En este sentido, hay una propuesta que expresa: "Si existiendo riesgo para la vida e integridad de un niño, niña o adolescente se entendiera imprescindible que el mismo sea aconsejado y acompañado por un referente adulto durante el tratamiento, se procurará acordar con el paciente la participación de alguno de los padres u otras personas de su confianza. De no arribar a un acuerdo resolverá el Tribunal

competente en materia de familia”. En realidad, esto tiene que ver con otra cosa y no con la historia clínica.

SEÑOR PRESIDENTE.- Efectivamente, allí se apunta a otra cosa.

SEÑOR VAILLANT.- Quiero decir que entiendo claramente la intención del artículo 20, pero me queda una duda en virtud de que no recuerdo si este aspecto fue contemplado en disposiciones anteriores. Aquí se expresa: “El paciente tiene derecho a la privacidad y confidencialidad de todo lo relacionado con su estado de salud. Sólo por disposición legal expresa u orden judicial fundada se podrá relevar a las autoridades de las instituciones de asistencia y a los profesionales”. Según interpreto yo, este es el caso de un profesional que atiende a un paciente internado en una institución que eventualmente es derivado a otra y necesita la historia clínica. Entonces, para que la institución quede relevada del secreto y la pueda trasladar, tendría que existir un procedimiento legal en el medio. Ahora bien, estoy convencido de que esto no es lo que se busca, pero me queda la duda de si no puede en el futuro ser interpretado de esta manera. Sé que es de sentido común que se pase la historia clínica, pero si pensamos que en muchas instituciones se observa una actitud casi de propiedad sobre estos documentos de los pacientes, esto podría fortalecerla y se podría dar la excusa a esas instituciones de que si no es por la vía legal, no tienen obligación de pasar la historia clínica al otro profesional.

SEÑORA PERCOVICH.- Para mí esto ya está expresado en el literal d) del largo artículo 17 -actual 18- referido a la historia clínica. En la parte final del literal d) se dice: “La historia clínica será reservada y sólo podrán acceder a la misma los profesionales intervinientes y el paciente y en su caso la familia.

El revelar su contenido, sin que fuere necesario para el tratamiento o mediare orden judicial o conforme a lo dispuesto en el artículo 18 del texto analizado, hará pasible del delito previsto en el artículo 302 del Código Penal”.

SEÑOR VAILLANT.- Hace tiempo que tenemos a estudio este proyecto de ley, por lo que quizás podemos olvidarnos de algunas cosas. Tal vez en su momento este artículo 20 no fue redactado pensando en la historia clínica, porque sí se hace referencia a ella claramente en la disposición que menciona la señora Senadora Percovich. Aquí simplemente se alude a la “privacidad y confidencialidad de todo lo relacionado con su estado de salud”, que puede ser más que la historia clínica.

SEÑOR PRESIDENTE.- El artículo 22 hace referencia específicamente a la historia clínica.

SEÑOR CID.- Este proyecto de ley sufrió cambios en lo que hace al tema historia clínica que modificaron su estructura. Por lo que puedo ver, este artículo 20 es absolutamente innecesario. Y si no se refiriera a la historia clínica, lo otro ya está dicho “in extenso” en el resto del articulado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 21 -ex artículo 20- en su nueva redacción.

(Se vota:)

- 0 en 6. **Negativa.**

Léase el artículo 22.

(Se lee:)

“Art. 22.- Todo paciente tiene derecho a que su historia clínica sólo sea consultada por el equipo de asistencia médica y los encargados de la supervisión de su asistencia.

El personal administrativo sólo podrá acceder a la historia clínica con el único objeto de facilitar el acto asistencial, estando obligado a iguales limitaciones.

En los casos en que la historia clínica esté informatizada y en red sólo podrán acceder a la información los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con este, mediante una clave de acceso."

-En consideración.

En el inciso final del artículo se hace referencia a "en los casos en que la historia clínica esté informatizada y en red". Por decirlo de alguna manera, esto me parece una exageración, porque creo que alcanza con decir que la historia clínica esté informatizada, pues puede o no estar en red. Luego el inciso sigue diciendo: "sólo podrán acceder a la información los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con este, mediante una clave de acceso". Por mi parte, quitaría lo relativo a "mediante una clave de acceso", porque si se emplea el término "sólo" es evidente que hay que asignar claves y niveles.

SEÑORA PERCOVICH.- Insisto en que vamos y venimos. Creo que tendríamos que concentrar lo que queremos decir y el objetivo de cada uno de los artículos. En el literal d), que es donde se desarrolla todo el tema de la historia clínica, justamente se habla de qué pasa cuando la persona se cambia de institución; se dice que "La historia clínica será reservada y sólo podrán acceder a la misma los profesionales intervinientes y el paciente y en su caso la familia." Luego, en su caso, podrá acceder a ella el Ministerio de Salud Pública, cuando lo considere pertinente. También se hace referencia a la posibilidad de revelar su contenido. Quizás puede agregarse algo que no esté desarrollado en los cuatro incisos del literal d).

SEÑOR CID.- Tengo la impresión de que el artículo es innecesario.

SEÑORA PERCOVICH.- Se trata del criterio ético con que se tiene que manejar la historia clínica. Me parece que debe estar informatizada o algo así y ése es el criterio ético de quienes acceden y la forma en que se utiliza.

SEÑOR PRESIDENTE.- En el quinto inciso del literal d) del artículo dice: "La historia clínica será reservada y sólo podrán acceder a la misma los profesionales intervinientes y el paciente y en su caso la familia y en su caso el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente". Lo único que agrega esto, básicamente, es "el personal administrativo con el único objeto de facilitar el acto asistencial".

(Dialogados)

-Aquí podríamos realizar algunas modificaciones, ya que en lugar de "los profesionales intervinientes", podríamos poner "los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con éste, el paciente y, en su caso, la familia".

Concretamente, la propuesta es modificar el quinto inciso del literal d) del artículo 18º, que quedaría redactado así: "La historia clínica será reservada y sólo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con estos, el paciente o, en su caso, la familia y el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente".

Ante esta modificación del quinto inciso del literal d) del artículo 18º, corresponde votar negativamente el artículo 22.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 22.

(Se vota:)

-0 en 6. **Negativa.**

En consideración el artículo 23.

SEÑORA PERCOVICH.- Lo que establece este artículo ya estaba dicho.

SEÑOR CID.- La Unión de la Mutualidad agregó un tema que me parece que debemos atender. De acuerdo con lo que se ha manifestado sobre la historia clínica y el derecho a acceder a ella en forma muy limitada, su propuesta de redacción incide en la posibilidad del acceso a los asesores jurídicos, auditores y gerentes frente a una demanda a la institución, porque no entran en la categoría de responsables de la atención médica ni de profesionales. La redacción actual dice: "La historia clínica será reservada y sólo podrán acceder a la misma los profesionales intervinientes y el paciente o personas autorizadas por el mismo y en su caso la familia." y ellos proponen agregar: "Todo paciente tiene derecho a que su historia clínica sólo sea consultada por el equipo de asistencia médica, los encargados de la supervisión de la asistencia y dirección de las instituciones prestadoras." Esto, de alguna manera, ya está incluido. Pero la parte medular que proponen agregar es la siguiente: "Sin perjuicio de ello las instituciones podrán presentar las historias clínicas en procesos judiciales y en los mismos podrán acceder a ellas los jueces, los peritos y los abogados y demás asesores de las partes. Cuando sea necesario para la asistencia letrada de las instituciones, sea judicial o extrajudicial, podrán acceder a las historias clínicas los abogados de las mismas y los escribanos intervinientes, estos últimos para los casos en que sea necesario emitir testimonios o certificados de las mismas. En todo caso, todo trabajador de la salud o asesor de las instituciones que acceda a la historia clínica estará obligado a guardar secreto profesional." Vuelven al artículo 302 del Código Penal. "Las historias clínicas que obren en expedientes judiciales o de la Administración Pública tendrán carácter de documento reservado y la reserva sólo podrá ser levantada por resolución fundada del Juez o del jerarca interviniente".

SEÑORA PERCOVICH.- Me parece que el texto está bien. El título VI de los derechos de la privacidad se eliminó y se agregaría esto después del actual artículo 20. Seguimos con los criterios de uso o no uso de la historia clínica.

SEÑOR PRESIDENTE.- Propondría hacer lo siguiente. El artículo 18 es muy largo y el literal d), particularmente extenso, por lo que quizás sería conveniente hacer un artículo aparte con el literal d) o con esta parte de dicho literal incluido en el título V. Creo que esto deberíamos pensarlo un poco. Incluso, podemos tomar o modificar ligeramente la redacción dada por la Unión de la Mutualidad; creo que en ese texto hay alguna cosa muy menor para modificar.

SEÑOR MOREIRA.- De esta manera, estaríamos eliminando el Título VI.

SEÑOR PRESIDENTE.- Exacto, señor Senador. En realidad, además de eliminar el Título VI, estaríamos quitando una parte de uno de sus artículos y agregando un artículo al Título V.

SEÑORA PERCOVICH.- En otra oportunidad dije que a los efectos de la comprensión legal -porque estos textos los interpretan los médicos pero después, en caso de conflicto, lo hacen los Jueces- era conveniente que el objeto de cada uno de los artículos y de los Títulos fuera claro en relación a los derechos y obligaciones. Me parece, entonces, que el texto relativo a la historia clínica tendría que ser muy claro, porque no sé cuánta normativa unida a esto habrá en este proyecto de ley.

En ese sentido, quería hacer una pregunta. ¿Cómo se interpreta el actual artículo 24 -que tendría que ir en el Título que sugiere el señor Presidente- que dice: "Art. 24.-El Centro de Atención en carácter de prestador de salud y en lo pertinente el profesional actuante deberá cumplir las obligaciones legales que le imponen denuncia obligatoria, así como las que determine el Ministerio de Salud Pública".

SEÑOR CID.- En realidad, eso pertenece a otro tema.

SEÑORA PERCOVICH.- De acuerdo, señor Senador.

SEÑOR CID.- Si me permite el señor Presidente, creo que deberíamos dejar la consideración de este artículo y ver la posibilidad de que alguien se encargue de darle una nueva redacción que uniformice los criterios, incluyendo el texto redactado por la Unión de la Mutualidad. Considero que redactar el texto entre seis personas es muy complejo.

SEÑOR VAILLANT.- Propongo que terminemos de tratar el articulado en su totalidad, puesto que se trata de un texto que tiene muchos aspectos técnicos y que lo hemos venido tratando muy a lo largo del tiempo. En lo personal, eso hace que pierda la globalidad del proyecto de ley.

Entonces, me parece sano que terminemos de discutir el articulado y que luego de que lo terminemos, antes de enviarlo a la Cámara de Representantes, hagamos un repaso de redacción o propongamos a alguien para ello.

SEÑOR PRESIDENTE.- Precisamente, señor Senador, se va a realizar una sesión especial para ese fin, una vez que tengamos la redacción convenida.

La Mesa pregunta a los señores Senadores quién se ofrece para realizar la redacción del artículo 22 y colocarlo en el Título que corresponda.

SEÑOR VAILLANT.- Se me ocurre que la señora Senadora Percovich y el señor Senador Cid.

SEÑOR CID.- De acuerdo, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se pasa a considerar el artículo 22.

Léase.

(Se lee:)

"Art. 22. - Todo paciente tiene derecho a que las consultas y cualquier referencia a su historia clínica se realice sólo entre los que participan en el proceso de asistencia médica."

-Me parece que esta redacción ya está incluida en el artículo 18.

Se va a votar el artículo 23.

(Se vota:)

-0 en 6. **Negativa.**

En consideración el actual artículo 24.

Léase.

(Se lee:)

"Art. 24.-El Centro de Atención en carácter de prestador de salud y en lo pertinente el profesional actuante deberá cumplir las obligaciones legales que le imponen denuncia obligatoria, así como las que determine el Ministerio de Salud Pública."

SEÑOR CID.- Esto es algo que ya está vigente y que da la facultad adicional al Ministerio de Salud Pública de determinar cuáles son las denuncias obligatorias. Este es el único alcance que tiene.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 24.

(Se vota:)

- 6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

En consideración el actual artículo 25 -correspondiente al artículo 24 del texto original- del Título VII.

Léase.

(Se lee:)

"Art. 25. Toda persona tiene el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad (Art. 44 de la Constitución).Asimismo tiene la obligación de someterse a las medidas preventivas o terapéuticas que se le impongan, cuando su estado de salud, a juicio del Ministerio de Salud Pública, pueda constituir un peligro público (Art. 224 del Código Penal).

El paciente tiene la obligación de suministrar al equipo de salud actuante información cierta, precisa y completa de su proceso de enfermedad, así como de los hábitos de vida adoptados."

-Tengo una duda con respecto a esta redacción. Aquí se dice: ", cuando su estado de salud, a juicio del Ministerio de Salud Pública…", ¿esto siempre es a juicio de ese Ministerio? ¿No puede ser a juicio del Centro de Atención o del prestador de salud?

SEÑOR CID.- Podría ser, pero eso generaría un criterio de arbitrariedad total. Me parece que aquí tiene que ser el órgano rector de la salud el que establezca las pautas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pregunto a los señores Senadores si no hay dudas u observaciones con respecto a este artículo.

SEÑORA PERCOVICH.- Me parece que se da una cierta contradicción con otros artículos que ya hemos votado -y que nos parecen muy buenos- en relación al derecho del paciente de elegir su tratamiento, de que este no se le imponga, de estar informado, de dar su consentimiento, etcétera. Pero aquí dice: "Toda persona tiene el deber de cuidar de su salud," -esto es lo que dice la Constitución, pero puede ser muy discutible- "así como el de asistirse en caso de enfermedad" ¿Hablamos de un deber? ¿Lo vamos a reafirmar? Me parece que esto es, digamos, contradictorio con algunos de los otros artículos que ya hemos votado y que daban como un enfoque distinto de los derechos.

SEÑOR CID.- ¿La señora Senadora está proponiendo cambiar esto?

SEÑORA PERCOVICH.- No, lo que digo es, simplemente, que esto es un anacronismo con respecto a la salud que uno puede entenderlo teniendo en cuenta el momento en que se redactó la Constitución. Pero me parece que en este proyecto está muy bien desarrollado el derecho de los pacientes en lo que tiene que ver con el cuidado de su cuerpo, a decidir hasta dónde cuidarlo, etcétera y creo que no viene al caso poner eso en esta ley. Está bien esto de que toda persona tiene el deber de cuidar de su salud, pero hasta ahí. Considero más importantes los otros incisos en donde se define que la persona es responsable de seguir el plan de tratamiento, etcétera, porque ahí sí existe un deber del paciente en cuanto a actuar de buena fe, como se dice a nivel legal, con respecto al servicio de salud y a los profesionales, teniendo una actitud activa. Me parece que eso sería distinto y lo planteo para saber si los demás señores Senadores opinan lo mismo.

SEÑOR CID.- Si bien la Constitución plantea muchos aspectos que pueden ser opinables, no podemos olvidar que el artículo refleja la esencia de la vida democrática, más allá de que nos guste o no.

SEÑOR PRESIDENTE.- Me parece que, según la información que maneja el Ministerio de Salud Pública, siempre se trata de casos extremos y, en general, el deber de las personas, su responsabilidad social de evitar estar enfermos para no contagiar a otros sigue siendo un deber lo diga o no la Constitución. Por eso me parece que está bien que esta parte esté contenida en el proyecto de ley. Es evidente que en el caso de que se produzca una gran epidemia, el Ministerio de Salud Pública va a imponer determinadas acciones, pero si no la hay esto se puede aplicar. Soy conciente de que esto no es un avance y que no cambiará la historia, pero entiendo razonable recordar este aspecto en un artículo que está comprendido dentro de un Capítulo denominado "De los deberes de los pacientes".

SEÑOR VAILLANT.- De todas formas, aunque no lo incluyamos en el artículo, esto seguiría vigente por lo que propongo que sea incluido en la norma.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar el artículo 25.

(Se vota:)

- 5 en 6. **Afirmativa.**

En consideración el Artículo 26.

Léase.

(Se lee:)

"Artículo 26.- - El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento y controles establecidos por el equipo de salud. Tiene igualmente el deber de utilizar razonablemente los servicios de los Centros de Atención a la Salud , evitando un uso abusivo que desvirtúen su finalidad y distraigan recursos en forma innecesaria."

- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota:)

- 6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

En consideración el Artículo 27.

Léase.

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO.- "Art.27.-El paciente o en su caso quien lo representa es responsable de las consecuencias de sus acciones si rehúsa algún procedimiento de carácter diagnóstico o terapéutico, así como si no sigue las directivas médicas.

El paciente puede abandonar el centro asistencial sin el alta correspondiente quedando consignado en la historia clínica esta decisión, siendo considerada tal situación como de "alta contra la voluntad médica", quedando exonerada la institución y el equipo de salud de todo tipo de responsabilidad. Tal circunstancia deberá ser comunicada en forma inmediata al Juez Letrado en lo Penal de turno y al Ministerio de Salud, bajo apercibimiento de las sanciones penales y administrativas que correspondan en caso de incumplimiento." Esta es una nueva redacción que hizo el Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR PRESIDENTE.- Considero que el agregado es totalmente innecesario.

SEÑORA XAVIER.- También creo que es innecesario, porque sólo se justificaría en el caso de tratarse de una situación que implique un riesgo para la sociedad o para el paciente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar el artículo tal como fue redactado originalmente por el señor Senador Cid, sin el agregado propuesto por el Ministerio de Salud Pública.

(Se vota:)

-6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el artículo 28, del Título VIII "De las infracciones a la Ley", que corresponde al artículo 27 original.

(Se lee:)

"Artículo 28.- Las infracciones a la presente ley determinarán la aplicación de las sanciones administrativas previstas en las normativas vigentes en las instituciones o el ámbito del Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio de otras acciones que se puedan derivar de su violación".

-En consideración.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota:)

-6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Léase el artículo 29, que tiene un agregado.

(Se lee:)

"Artículo 29.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, los agrupamientos de trabajadores de la salud con personería jurídica, con organismos que juzgan la conducta profesional de los médicos, podrán establecer sanciones de acuerdo a sus estatutos".

-En consideración.

SEÑOR CID.- Quiero aclarar que tanto la Federación Médica del Interior como el Sindicato Médico del Uruguay y el Agrupamiento de Enfermerías tienen Tribunales de Etica Médica o de Etica Profesional, que pueden establecer sanciones. Si bien cuando uno se afilia a esos organismos acepta esa posibilidad, creo que no está de más dejarlo establecido en la ley.

SEÑORA XAVIER.- Simplemente quiero hacer referencia a la parte del artículo en la que se señala: "con organismos que juzgan la conducta profesional de los médicos,". Creo que el artículo es abarcativo, comprende a todos los trabajadores de la salud en sus respectivos ámbitos de colegiación, de agremiación. En consecuencia, pienso que de este modo se lo restringe y, por ello, propondría eliminar esa referencia y dejarlo, repito, con carácter abarcativo.

SEÑOR VAILLANT.- Pienso que habría que hacer otra modificación a este artículo, porque se está refiriendo a los agrupamientos de trabajadores de la salud -que pueden ser de distinto tipo- que tienen personería jurídica y a los que, por lo tanto, la integración es voluntaria. Está estableciendo, además, que sus dictámenes abarcan a todos, independientemente de que sean o no parte de esas organizaciones al decir: "Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, los agrupamientos de trabajadores de la salud con personería jurídica, con organismos que juzgan la conducta profesional de los médicos," -acá debería decir "y/o funcionarios"- "podrán establecer sanciones de acuerdo a sus estatutos". Sin embargo, en ningún lado se establece que, de acuerdo con estos Estatutos, esas sanciones son exclusivamente para quienes estén integrados a esas instituciones.

SEÑOR PRESIDENTE.- No es así, señor Senador, porque sólo puede ser válido para quien haya firmado el contrato; de lo contrario, no se puede aplicar.

SEÑOR CID.- No sólo se trata de la afiliación, de la adhesión al Sindicato, sino también de la aceptación por parte del trabajador de las reglas que aquel dictó.

SEÑOR PRESIDENTE.- No está de más lo que dice el señor Senador Vaillant; en todo caso, habría que aclararlo. Es evidente que no se puede declarar ley a algo que no lo es y no lo estamos haciendo. De todas maneras, se puede agregar.

SEÑOR VAILLANT.- En la medida en que al momento de elaborar una ley agreguemos un artículo que no quede claro, puede ocurrir que mañana una organización gremial de trabajadores o de médicos establezca una sanción como, por ejemplo, impedir el cumplimiento de sus funciones en determinada institución a un médico no afiliado.

SEÑOR CID.- No, señor Senador; eso no se puede hacer.

SEÑOR VAILLANT.- Perfecto, no es posible; pero, francamente, de la lectura del artículo me asalta esa duda.

SEÑOR PRESIDENTE.- La redacción sería así: "Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, los agrupamientos de trabajadores de la salud con personería jurídica, con organismos que juzgan la conducta profesional de sus afiliados, podrán establecer sanciones de acuerdo a sus estatutos". Se refiere a sus afiliados; quedan incluidos todos los trabajadores, cada uno en lo suyo, de acuerdo a sus estatutos.

SEÑORA PERCOVICH.- Esto tendría validez desde el momento en que tal como ustedes dicen, alguien se afilia y acepta los estatutos.

SEÑOR CID.- Tiene importancia; está orientado a cuando esté vigente la colegiación médica, si es que lo va a estar. Entonces, ahí sí tiene carácter abarcativo y obligatorio de que puede ser juzgado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar el artículo 29 con su nueva redacción.

(Se vota:)

- 6 en 6. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

La Unión de la Mutualidad propuso en el artículo 28 del memorando que nos dejó, que en lugar de sanciones administrativas fueran sanciones disciplinarias. Creo que sanciones administrativas es mejor que sanciones disciplinarias. No sé qué opinan los demás miembros de la Comisión, pero es mucho más abarcativo y por lo tanto, el proyecto de ley es correcto.

Entonces, para concretar, le pido a Secretaría que nos envíe todo el texto y propongo que nos demos una semana más -es decir que la semana próxima no esté en el orden del día, sino en la otra- de manera que tengamos todo releído, para ver si en una sesión podemos votarlo en su totalidad. Vemos si hay que hacer cambios y demás y quizás, mientras tanto, podamos hablar entre nosotros

(Apoyado)

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica.)